

Henri DORVIL

Travailleur social, professeur, École de Travail social, UQÀM

(1985)

“Types de sociétés
et de représentations du normal
et du pathologique: *la maladie
physique, la maladie mentale*”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
Professeur sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Dans le cadre de "Les classiques des sciences sociales"

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une bibliothèque fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, sociologue

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de soins infirmiers retraité de l'enseignement au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

à partir du texte de :

Henri Dorvil, **"Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale"**. Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, **Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie**. Chapitre 15, pp. 305-332. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

M. Henri Dorvil, travailleur social, enseigne à l'École de travail sociale de l'UQAM.

[Autorisation formelle de l'auteur accordée le 11 mai 2006.]



Courriel : dorvil.henri@uqam.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 14 mai 2006 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Henri Dorvil

Travailleur social, professeur, École de Travail social, UQÀM

“Types de sociétés et de représentations
du normal et du pathologique:
la maladie physique, la maladie mentale”



Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, **Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie**. Chapitre 15, pp. 305-332. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

Table des matières

Introduction

REPRÉSENTATIONS, CROYANCES

LA MALADIE PHYSIQUE

Le groupe ethnique comme facteur de différenciation

Les classes sociales comme facteur de différenciation

Le sexe comme facteur de différenciation

La variable « urbain-rural » comme facteur de différenciation

LA MALADIE MENTALE

Le groupe ethnique comme facteur de différenciation

Le milieu rural/urbain comme facteur de différenciation

Les classes sociales comme facteur de différenciation

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Henri Dorvil,

Travailleur social, professeur, École de Travail social, UQÀM

“Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale”. *

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, **Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie**. Chapitre 15, pp. 305-332. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

La maladie, c'est une chose ; l'idée que l'on s'en fait en est une autre. Il y a certes des différences objectives entre les malaises eux-mêmes, mais il y a aussi des réactions et des perceptions différentes d'une même maladie suivant les gens. Le médecin, en dépit de son savoir scientifique, du prestige de sa profession, n'est d'ailleurs pas à l'abri de la subjectivité de ses patients et de leurs différentes perceptions du phénomène maladie. Au lieu de décrire les symptômes, les patients s'acharnent subtilement à suggérer au médecin la maladie qu'ils croient avoir ou veulent avoir. Ce sont souvent les sensations, et non le raisonnement, qui guident les êtres humains dans le dédale du système de soins de santé. Ce que le malade recherche avant tout, c'est la confirmation, l'imprimatur par la science médicale, de sa propre

* Ce texte est tiré d'une thèse de doctorat en chantier au Département de sociologie de l'Université de Montréal, projet subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.).

perception de son malaise. S'il ne trouve personne dans le circuit médical pour l'approuver dans sa représentation, à cause des normes trop rigides, il s'en remettra parfois au réseau parallèle des guérisseurs, voire à la religion dont le jugement sur la maladie s'avère plus évanescent. La médecine est négociation perpétuelle entre malade et médecin jusqu'à un compromis toujours temporaire :

Nous pensons que certaines personnes qui, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent affronter les problèmes de leur vie s'en tirent en tombant malades. Si le médecin a l'occasion de les voir dans les premières phases du processus de la maladie - c'est-à-dire avant qu'ils ne se fixent à une maladie précise et « organisée » - il peut se rendre compte que de tels patients offrent, pour ainsi dire, ou proposent diverses maladies ; et ils continuent à en offrir de nouvelles jusqu'à ce que survienne entre eux et le médecin un accord au terme duquel l'une de ces maladies est admise comme justifiée par les deux parties... Le choix de maladies utilisables par chacun est déterminé par sa constitution, son éducation, sa situation sociale, ses peurs conscientes ou inconscientes, l'image qu'il se fait des maladies, etc. ¹

Dans une étude récente sur le *feeling sick*, deux sociologues américains Telles et Pollack ² vont dans le même sens : ils contestent la prétention que le contrôle de la maladie se trouve entièrement entre les mains du médecin. Il est probable que le médecin a une influence plus grande que quiconque sur le malade, mais le point de vue de ce dernier demeure important dans l'évaluation des symptômes. De plus, le médecin travaille au profit des intérêts directs du patient en lui fournissant la légitimation dont il a besoin pour justifier son statut de malade à son milieu de travail, à ses proches, à la sécurité sociale. D'où une convergence d'intérêts qui peut nuire à l'objectivité du diagnostic.

Il existe un lien entre le vécu et l'imaginaire de la maladie. Dans certains cas, il existe même une disproportion énorme entre la réalité clinique et le vécu individuel d'une maladie. Alors que la maladie apparaît au médecin comme une entité identifiable avec des signes généraux et objectifs, pour le patient il s'agit d'une expérience où inter-

¹ Michel BALINT, *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 21 éd., 1968, p. 26.

² Joel-Leon TELLES and Mark POLLACK, « Feeling sick : the experience and legitimation of illness », *Social Science and Medicine*, 15A, 1981, pp. 243-251.

viennent sa socialisation, ses valeurs et ses habitudes de vie, Les mêmes bouffées de fièvre sont vécues différemment du patient A au patient B. À l'exception des cas de pathologie sévère qui désorganisent l'organisme de fond en comble, affirme Shontz ³, la signification personnelle de la maladie n'est pas la conséquence d'un désordre somatique mais la conséquence de l'importance que l'état physique revêt dans le comportement général de l'individu affecté.

Il y a tellement de subjectivité dans la maladie que même « l'objectivité du regard médical » a de la misère à y voir clair. C'est pourquoi, au cours de la dernière décennie, plusieurs spécialistes des sciences humaines et sociales ⁴ sont descendus dans la rue armés, de magnétophones, en vue de consulter le plus de monde possible sur leurs représentations de la santé et de la maladie. Il s'agissait de sonder tout ce qu'on appelle croyances, mythes, idéologies, représentations, images, attitudes. Qu'avons-nous appris ?

³ F.C. SHONTZ, « The personal meaning of illness », *Advances in Psychosomatic Medicine*, 8, 1972, pp. 63-85.

⁴ Claudine HERZLICH, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, La Haye, Mouton, 2e édition, 1975 ; Michel TOUSIGNANT et Guy DENIS, « Folie, maladie mentale et dépression : analyse de la représentation sociale du normal et du pathologique », *Revue canadienne des sciences du comportement*, 9, 4, 1977 ; Françoise LOUX, « Santé et maladie dans les représentations populaires françaises traditionnelles et modernes », *Santé, médecine et sociologie*, Paris, C.N.R.S., 1978, pp. 311-315 ; Alain LETOURMY, Jeannine PIERRET et Manuela VICENTE, *Santé, mode de vie et cadre de vie*, Publications du Centre de Recherche sur le Bien-être, Paris, CEREBE, 1980, Albert BASTENIER et Felice DASSETO, *Immigrés et santé*, no 2, (Les immigrants et l'hôpital), Louvain-La-Neuve, Groupe d'études des migrations (GREM), 1980 ; Maurice BLOUIN, *Culture, santé et maladie*. Mémoire de maîtrise, Département d'anthropologie, Université Laval, 1980 ; Gilles BIBEAU et Louise PELLETIER, « Le discours sur la santé et la maladie dans deux populations de Québec », École des Sciences infirmières, Université Laval, Québec, 23 septembre 1982 ; Jean-François SAUCIER, *Attitudes et conceptions des adolescents francophones vis-à-vis la maladie*, Presses de l'Université de Montréal, 1981 ; M. DE KONINCK, L. DUNNIGAN, F. SAILLANT, *Essai sur la santé des femmes*, Conseil du statut de la femme, Québec, 1981 ; Claudine HERZLICH et Janine PIER, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui* (De la mort collective au devoir de guérison), Paris, Payot 1984 ; Y. LAMONTAGNE, R. ÉLIE et S. GAYDOS, « L'attitude des Montréalais devant la maladie mentale ».

REPRÉSENTATIONS, CROYANCES

[Retour à la table des matières](#)

Concept inventé par Durkheim ⁵, la représentation se situe de plain-pied dans le rapport entre la pensée collective et la pensée individuelle. C'est le sujet qui construit le réel par la représentation, mais cette construction est profondément liée aux conditions objectives dans lesquelles vit cet individu. Ainsi, suivant la place occupée dans la hiérarchie des classes sociales, des ethnies, des sexes, l'individu va accumuler un stock particulier de connaissances sur l'objet de la représentation.

La croyance, c'est la moitié de la guérison. Cet adage est de mise aussi bien dans les milieux médicaux que dans le rituel des guérisseurs. En médecine comme en religion, la foi fait souvent loi. Et l'on n'est pas loin du Nazaréen qui dit au lépreux : « Lève-toi et va, ta foi t'a sauvé » (St Luc, XVII, 19) et le lépreux confiant s'en alla guéri de sa maladie. Il en est de même du Frère André ⁶ qui guérissait au nom de la grâce divine avec l'huile St-Joseph, comme les guérisseurs traditionnels le faisaient au nom des esprits de la tribu. Il extirpait dans un geste symbolique la maladie (le mal...) du dedans du corps du croyant vers le dehors. Debray disait :

Sous l'horizon de la raison, le « Je crois » apparaît comme un degré inférieur du « Je sais ». Mais qu'importe, c'est un exercice d'entendement hu-

⁵ Émile DURKHEIM, « Représentations individuelles et représentations collectives », *Revue de métaphysique et de morale*, 1897, reproduit dans : *Sociologie et philosophie*, Paris, P.U.F., 1967, p. 27 [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.].

⁶ Alfred BESSETTE (1845-1937), religieux canadien-français de la Congrégation de Sainte-Croix, béatifié à Rome le 23 mai 1982.

main. Et à force de croire aux miracles, on finit un jour ou l'autre par en bénéficier.⁷

Voilà pourquoi les représentations que les gens ont de la maladie, de la médecine et de la santé sont importantes à la compréhension de la conduite du malade.

LA MALADIE PHYSIQUE

Le groupe ethnique comme facteur de différenciation

[Retour à la table des matières](#)

De tout temps, la famille a été reconnue comme le lieu privilégié où le petit de l'homme apprend les normes de conduite de sa société. Certains milieux vont encourager l'expression des plaintes, la recherche de l'aide alors que d'autres dévalorisent pareilles pratiques. Que l'on songe, par exemple, à la mère de famille américaine qui socialise son enfant à vivre sa maladie *like a man, not to be a sissy and not to cry*.⁸ Une telle socialisation n'a pas pour but de décourager le recours à la médecine, mais d'y recourir sur la foi de symptômes physiques et non pour combler des besoins émotionnels. Et là-dessus, il y a beaucoup de variations d'un groupe ethnique à l'autre.

En tout premier lieu, examinons l'étude de Zola⁹ qui compare la conduite de malade de 63 Italiens et de 81 Irlandais des deux sexes fréquentant deux centres hospitaliers de la région de Boston aux États-

⁷ Régis DEBRAY, *Critique de la raison politique*, Paris, Gallimard, 1981, p. 176 et suiv.

⁸ D. MECHANIC, « Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints », *The New England Journal of Medicine*, 286, 21, 1982, pp. 1132-1139.

⁹ I. K. ZOLA, « Culture et symptômes : analyse des plaintes du malade », cité dans : C. HERZLICH, *Médecine, maladie et société*, La Haye, Mouton, 1970, pp. 27-41.

Unis. Les Irlandais sont portés à nier leur souffrance, à localiser leurs symptômes au niveau de certains organes comme l'oeil, le nez, la gorge alors que les Italiens expriment leur maladie en dramatisant leurs symptômes. Cette dramatisation est un véritable mécanisme de défense : il faut bien faire du théâtre, question de combler les mille et une choses qui manquent et mettre du *make up* sur la tragédie de la vie ! Cette théâtralisation italienne comme cette négation chez l'Irlandais rejoignent le mode favori de résolution des problèmes à l'intérieur de ces deux cultures. Pour l'Irlandais, sa répugnance apparente à avouer ses symptômes, sa manie de circonscrire son importance juste à une petite place précise ne seraient pas étrangères à l'idéologie du péché et de la culpabilité qui imprègne la société irlandaise catholique. Ainsi, Zola écrit :

Dans une culture où la contrainte est la manière d'être habituelle, la tentation est sans cesse présente et l'on doit s'en préserver. Comme la chair est faible, on s'attend en retour à ce que le péché soit très probable. Aussi, quand il se produit un événement inattendu ou désagréable, recherche-t-on ce que l'on a fait, ou dû faire de mal. Peut-être les trois localisations préférées pour les symptômes (les yeux, les oreilles, la gorge) doivent être entendues comme l'expression symbolique de la source la plus immédiate de leur péché et de leur culpabilité -ce qu'ils ne devraient pas avoir vu, ce qu'ils ne devraient pas avoir entendu et ce qu'ils ne devraient pas avoir dit.

Il s'agit ici de deux peuples catholiques, certes, mais de culture nettement différente avec chacun sa représentation du corps, de ses plaisirs, de ses souffrances. L'Irlandais, habituellement introverti, semble accepter la tradition ascétique de l'Église alors que l'Italien refuse de voir dans le corps un synonyme de péché et valorise son expression sous toutes ses formes (gestes, parole, théâtre, etc.).

Nous ne saurions passer sous silence l'alcoolisme, « cette faiblesse de brave homme », auquel a si souvent recours l'Irlandais. La sévérité de ses jeûnes, de ses longues périodes de routine pesante auxquelles le soumet une vie dure et pénible est à mettre en alternance avec de courtes échappées de libération de l'instinct qui s'exprime en aventure sauvage au bout du monde, en beuveries, bagarres de toutes sortes.

Ce comportement typique des Irlandais est semblable à celui des peuples du Brésil et d'Haïti qui, pour camoufler leur frustration liée à

l'omniprésence de la tragédie du sous-développement économique, se livrent annuellement lors du carnaval à une décharge torrentielle d'énergies longuement contenues, le carnaval de Rio étant le plus célèbre.

Le carnaval constitue un rêve, une sublimation, un jeu, un socio-drame qui, par la libération du surplus d'énergie, permet de maintenir les tensions psychiques à un niveau constant en vue d'assurer l'homéostasie de l'organisme face aux conflits psychologiques. Le carnaval haïtien (chants, danses, déguisement, masques) joue le même rôle homéostatique que les mécanismes de défense courants : répression, déplacement, projection, conversion, agression, etc. Il permet de libérer les inhibitions de comportement aussi bien par la conduite sexuelle, agressive, obscène que par l'humour contestataire de l'autorité. Comme le dit Mirville :

Le Carnaval, du point de vue psychologique, est un médium qui offre un *cathartic outlet* sanctionné par la société aux instincts normalement limités par l'organisation culturelle de la société haïtienne. ¹⁰

Cette fête a probablement des vertus thérapeutiques : il existe une nette diminution des taux d'admission psychiatrique à Haïti durant la période qui précède et suit le Carnaval. On attend tellement cet événement heureux qu'on n'a plus le temps de tomber malade ! C'est à croire que le carnaval, la fête rempliraient dans le Tiers-Monde une fonction qu'ils n'ont pas dans les pays industrialisés. Devant un problème semblable de pauvreté et de souffrance, les groupes ethniques mettraient au point des manières différentes pour les vivre, manières culturellement acceptables et gratifiantes réellement et symboliquement.

Une autre étude doit retenir notre attention. Comparant les réactions de plusieurs groupes ethniques dans un hôpital de la ville de New York, Mark Zborowski ¹¹ trouve que les « vieux » Américains

¹⁰ E. MIRVILLE, « Considérations ethno-psychanalytiques sur le carnaval haïtien », Série Anthropologie, Coll. Coucouille, Port-au-Prince, 1978.

¹¹ M. ZBOROWSKI, « Cultural components in responses to pain », *Journal of Social Issues*, 8, 4, 1952, pp. 16-30.

de souche anglo-saxonne sont très stoïques et objectifs dans leur maladie alors que les Irlandais, comme il a été noté plus haut, nient leur souffrance pour s'en défendre. De plus, même si Italiens et Juifs vivent leur peine dans un décor émotionnel, il existe une différence dans leur comportement. Les premiers sont rayonnants, une fois le soulagement des peines arrivé alors que les seconds semblent très préoccupés par la signification, les conséquences de cette souffrance pour leur bien-être futur. Le *background* culturel influence la présentation des symptômes et interfère par le fait même avec le diagnostic. D'où la nécessité pour le médecin de décoder ce qu'il y a en arrière et autour des symptômes présentés pour arriver à identifier le noyau central de la maladie. À partir de cette compréhension globale de la maladie et d'une bonne communication avec le patient, le médecin pourra compter sur sa collaboration pour que le traitement ne soit pas boycotté par ses habitudes culturelles.

Il existe un spécimen d'attaque d'apoplexie qui s'appelle *falling-out* chez les Américains noirs d'origine cubaine et porto-ricaine, *blacking-out* chez les Bahaméens et indisposition chez les Haïtiens de Miami et d'ailleurs. Il s'agit d'un état dissociatif où l'individu s'écroule sans avertissement, occasionnellement avec une légère salivation, mais sans convulsion, ni morsure de la langue ou incontinence. La personne affligée habituellement entend, comprend ce qui se passe, mais ne peut pas bouger. Yeux ouverts, l'individu ne semble pas voir. Des diagnostics d'épilepsie et d'hystérie ont été souvent portés, mais ils sont erronés. Ce *culture-bond syndrome* qui se situe entre le physique et le psychique n'est pas une maladie qui pourrait être guérie par les médecins.¹² Ainsi, les Haïtiens trouvent-ils son origine dans les mouvements du sang ou dans la magie et ils iront voir le hougan (prêtre du Vaudou) pour se délivrer de ce mauvais sort. Chez les Bahaméens et les Noirs américains d'origine cubaine ou porto-ricaine qui consultent les *obeahmen* et les *root doctors*, il s'agit d'une défense de l'ego dans une phase d'adaptation à un nouveau pays. Dans les trois cas, on escompte des bénéfices secondaires après les épisodes : réintégration sociale et psychologique, soutien de l'entourage, diminution du stress.

¹² H.H. WEIDMAN, « Falling-out : a diagnostic and treatment problem viewed from a transcultural perspective », *Social Science and Medicine*, 13B, 1979, pp. 95-112.

Très peu de Blancs souffrent de cette « maladie » et le syndrome demeure insignifiant dans la colonie noire de Montréal à cause du climat et surtout... faute de spectateurs pour lui assurer l'impact social désiré.

Quant à l'image que les gens ont de leur corps, un chercheur des États-Unis, Michel Laguerre ¹³, a découvert à travers ses recherches que dans la culture haïtienne les personnes grasses sont perçues comme en santé et heureuses. Les gens minces auraient une mauvaise santé. Ils seraient minés par les problèmes émotionnels.

Les classes sociales comme facteur de différenciation

[Retour à la table des matières](#)

Les études des réactions différentielles à la douleur, selon l'ensemble de la « culture » d'un groupe, contiennent certaines limites. Même si le contexte culturel apparaît aussi important que la nature ou la gravité du mal pour prédire le comportement d'un individu, des indices comme le niveau de revenu, le niveau d'éducation et le type d'occupation sont peut-être tout aussi importants. D'ailleurs, des auteurs comme Zola et Mechanic affirment que les variations de comportement à l'intérieur d'un même groupe ethnique s'avèrent généralement plus importantes que les variations entre groupes. Il existe probablement plus de différences entre la classe bourgeoise et la classe ouvrière, également entre hommes et femmes, d'une même culture qu'entre ressortissants de cultures différentes. Un même niveau de consommation n'a pas forcément la même signification lorsqu'il est le fait de catégories sociales dont les membres ont des espérances de vie inégales.

¹³ Michel S. LAGUERRE, « Haïtian Americans », dans : Alan HARWOOD (Ed.), *Ethnicity and Medical Care*, Harvard University Press, 1981, pp. 173-210.

En France, Boltanski a examiné cette question.¹⁴ En réponse aux questions de l'enquêteur qui les interroge sur les différentes maladies dont ils ont souffert ces dernières années, les membres des classes supérieures et à un moindre degré des classes moyennes fournissent une description détaillée et structurée des modifications de leur état morbide. Par contre, les membres des classes populaires, peu habitués à argumenter, sont incapables de livrer leur « expérience vécue », se contentant de répéter des bribes de discours médical. Ils parlent de leurs symptômes sans précision, se plaignant de « faiblesse » généralisée. On dirait qu'ils ont peur de se tromper.¹⁵ Dans la même enquête, l'auteur ajoute que les médecins ont tendance à ne pas trop parler, à ne pas trop livrer de secrets (nom des maladies, des médicaments, etc.), aux membres des classes populaires qui ont plus de propension à se passer des services du médecin en devenant à certaines occasions « leur propre médecin », contrairement aux gens très scolarisés, plus entichés des recettes de la science médicale classique et plus disposés à en reconnaître la légitimité.

Cette démarcation de classe se retrouve aussi au niveau de l'exhibition visuelle du corps, de la pudeur dont on s'entoure en ce qui a trait à la sexualité surtout en présence des enfants. De plus, les femmes des couches supérieures vont utiliser abondamment les déodorants, crèmes, « laits » ou dépilatoires, destinés à « soigner » et embellir le corps, y compris les parties habituellement cachées. Pour les femmes des classes populaires, il n'est pas convenable de tant parler de la nature. Les membres des classes populaires réprouvent les classes aisées de trop prêter d'attention au moindre bruit de leur « petite nature » et de passer leur vie chez le médecin. Ils valorisent au contraire la « dureté au mal » et ils attendent jusqu'au dernier moment, jusqu'à l'épuisement avant de consulter le médecin. Comme l'explique Boltanski :

Si on refuse de « s'écouter », si on attend la dernière extrémité pour « aller voir le médecin », se « faire opérer » ou « rentrer à l'hôpital », c'est que les contraintes de la vie quotidienne, les contraintes économiques, notamment, interdisent ou rendent pour le moins extrêmement difficile l'abandon

¹⁴ L. BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 26, année, 1, janvier-février 1971, pp. 205-233.

¹⁵ C. HERZLICH, (op. cit.) avait abouti à la même conclusion.

des tâches quotidiennes du travail, du travail physique que l'on exige continuellement du corps. ¹⁶

Justement parce que les ouvriers utilisent leur corps le plus longtemps et le plus intensément possible, ils se représentent la maladie comme un accident soudain qui fait rupture avec l'état de santé. Les classes sociales aisées, par contre, perçoivent la maladie comme une dégradation lente et insidieuse de la santé qui s'inscrit dans le temps. L'un et l'autre types de comportement renvoient à une image négative ou positive de la médecine. Le rapport réflexif au corps, caractéristique des classes supérieures, est peu compatible avec une utilisation intense du corps et commande des recours plus fréquents à la médecine. L'ouvrier ne peut se permettre ce luxe... réservé à ceux des classes supérieures qui accomplissent un travail non manuel.

La perception de la douleur et, plus généralement, des sensations corporelles est inégalement aiguës dans les différentes classes sociales. On dirait qu'elles font l'objet d'une sélection et qu'elles sont vécues différemment avec plus ou moins d'intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent. Ainsi, à la suite de l'absorption d'un repas riche en féculents et en graisses, les gens de la classe supérieure vont exprimer leurs sensations en termes de « lourdeur », d'« assouplissement », d'« encombrement », alors que les membres des classes populaires percevront ce même phénomène sous forme de sensations euphoriques de réplétion digestive : on se sent calé, rempli, on reprend des forces. D'un côté, on valorise la minceur, l'apparence physique ; de l'autre, la force physique.

Les habitudes alimentaires sont très liées à l'idée que l'on se fait du bien-être physique et émotif. Selon un autre chercheur ¹⁷, en plus d'être qualifiée de « chaude » ou « froide », la nourriture est considérée comme « légère » ou « lourde » (les féculents...). Il existe également une harmonie entre le type de nourriture et l'étape de la vie : nourriture pour les bébés, les adultes, les femmes menstruées, les personnes âgées, les personnes malades. En plus de consommer des fruits et des légumes nécessaires à la formation du sang du bébé, en plus

¹⁶ L. BOLTANSKI, op. cit., p. 219.

¹⁷ M.S. LAGUERRE, op. cit.

d'éviter les aliments tabous, les femmes enceintes (surtout dans les milieux populaires) peuvent « manger pour deux » et prendre ainsi beaucoup de poids pendant la grossesse.

Le sexe comme facteur de différenciation

[Retour à la table des matières](#)

C'est la femme qui, au sein du foyer, est responsable de la santé. À la maison, c'est la mère ou la grand-mère, affirme Michel Laguerre ¹⁸, qui prend la responsabilité de diagnostiquer les symptômes. Elles maintiennent ainsi à travers les générations les traditions thérapeutiques de la famille. Francis Martens, dans une recherche menée à La Patrie au Québec, relate que les hommes ont tendance à nier la maladie alors que les femmes sont visiblement plus à l'aise pour en parler ouvertement. ¹⁹

Selon Boltanski ²⁰, les femmes paraissent plus attentives que les hommes à leurs sensations morbides, s'écoutent plus que les hommes, à la façon dont les membres des classes supérieures s'écoutent plus volontiers que les membres des classes populaires, et entretiennent plus volontiers que les hommes un rapport douillet à leur corps. À mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie sociale, explique l'auteur, le rapport que les individus entretiennent avec leur corps est de moins en moins fondé sur la nécessité d'agir physiquement, les conduites physiques des hommes et des femmes tendent à se rapprocher corrélativement. Tout se passe comme si le système d'oppositions entre les sexes, essentiellement fondé, dans les classes populaires, sur l'opposition physique entre la force et la faiblesse, la dureté et la douceur, la vigueur et la grâce, évacuait, à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie sociale, le terrain corporel pour se reporter dans d'autres domaines,

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Francis MARTENS, « Les représentations sociales de la santé, la maladie, le médecin à La Patrie (Compton), P.Q. ». Recherche menée dans le cadre du G.I.R.A.M.E., étés 1974-1975, 1975.

²⁰ L. BOLTANSKI, op. cit., p. 224.

celui, par exemple, des aptitudes intellectuelles (opposition entre « l'intelligence » des hommes et « l'intuition » des femmes, ou les « dons » des garçons pour les sciences, des filles pour les lettres et les arts, etc.).

Par ailleurs, Boltanski signale que les femmes consomment plus d'antalgiques, de sédatifs et de médicaments digestives.

À partir de données du Gouvernement du Québec, deux auteures ²¹ rapportent que les femmes participent beaucoup moins aux activités physiques et sportives organisées que ne le font les hommes. Les activités choyées des femmes seraient la marche et le yoga.

Les représentations du corps des femmes sont imprégnées de sexisme et de patriarcat, valeurs dominantes de l'idéologie médicale à prédominance mâle qui cherche à les enfermer dans la dépendance. Cette dépendance est en rapport avec « la croyance médicale selon laquelle la personne malade est généralement irrationnelle, incapable de prendre des décisions et dans un besoin certain de trouver quelqu'un pour prendre des décisions à sa place ». De là, les liens facilement établis entre les termes maladie, dépendance, féminité.

Le diagnostic varie en fonction du sexe du malade. Ainsi, l'on a tendance à attribuer plus facilement l'étiologie des troubles féminins à des facteurs psychologiques ou émotionnels. Tout se passe comme si les médecins accordaient plus de crédit aux troubles (mal de dos, mal de tête, vertige, etc.) rapportés par les hommes et les investigaient mieux. Ce réflexe médical peut être relié à des stéréotypes courants comme : les femmes sont fragiles, incapables d'objectivité, de neutralité, plaignardes, infantiles, etc.

Comme la psychiatrie est, avec la gynécologie, la branche de la médecine qui a le plus dépossédé la femme de son corps, de son identité, de son vécu, (penser à Freud, le diagnostic d'hystérie, l'envie du pénis, etc.), l'on peut traiter dans cette même foulée la maladie mentale suivant la variable sexe.

²¹ Voir M. DE KONINCK et al., op. cit., pp. 26, 53, 42, 61 et 63.

Les femmes sont deux fois plus hospitalisées ou opérées que les hommes et elles subissent deux fois plus d'électrochocs qu'eux. Selon le Conseil du statut de la femme ²², les femmes consultent beaucoup plus que les hommes dans les services de santé au Québec. Elles y reçoivent des diagnostics plus graves et plus lourds de conséquences ; elles y sont traitées plus longtemps, elles y reçoivent plus de médicaments, et cela, sur une plus longue période de temps.

Il est difficile d'expliquer cette situation. Pour certains, ce serait une question de socialisation différente des femmes ²³. Pour d'autres, c'est en raison de l'attitude du corps médical. Selon Roxane Simard ²⁴, par exemple, les femmes qui consultent les médecins reçoivent deux fois plus d'ordonnances de médicaments agissant sur le système nerveux que les hommes. Les deux tiers des ordonnances de « Valium » et de « Librium » données par les médecins au Québec sont remises à des ménagères à temps plein. Enfin, une des causes de la maladie des femmes serait la piètre perception qu'elles ont d'elles-mêmes. La femme n'a pas d'existence en elle-même, elle est appréciée et s'apprécie d'après son degré d'utilité aux autres et elle se définit en fonction des autres et de leurs besoins. Plus loin, Simard ajoute :

Toutes les femmes ont cru, à un moment ou à un autre de leur vie, aux stéréotypes de la « bonne femme », la « vraie femme ». En effet, les femmes ont été « entraînées » à invalider leurs propres expériences, leurs propres connaissances et leurs propres sentiments. Elles ont été « entraînées » à se tourner vers les hommes, scientifiques et autres, pour qu'ils leur disent comment se percevoir, se regarder, se comporter, se sentir. Les femmes attendent que les hommes valident leurs vies.

²² Voir : Conseil du statut de la femme, *Pour les Québécoises : égalité et indépendance*, Québec, Éditeur officiel, cité par R. SIMARD, pp. 57 et 58.

²³ Voir le chapitre de Marc RENAUD dans le présent volume. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

²⁴ R. SIMARD, « Les femmes et la santé mentale : un vrai discours de folles », dans : L. GUYON *et al.*, *Va te faire soigner, t'es malade*, Montréal, Paris, Stanké, 1981, p. 84.

De plus, une étude américaine, citée dans un livre récent ²⁵ constate que, l'incidence de la maladie mentale est plus élevée parmi la population masculine célibataire que parmi la population féminine célibataire tandis qu'elle est plus élevée chez les femmes mariées que chez les hommes mariés. D'ailleurs, une étude, effectuée récemment pour le compte du ministère des Affaires sociales du Québec, par des chercheurs de l'Université de Montréal ²⁶, va dans le même sens. Elle établit clairement que les femmes mariées se retrouvent en plus grand nombre que les hommes mariés parmi la clientèle des urgences psychiatriques du Montréal Métropolitain (c'est-à-dire dans des proportions respectives de 40,9% contre 23,8%).

La variable « urbain-rural » comme facteur de différenciation

[Retour à la table des matières](#)

Une différence importante existe entre la ville et la campagne. Rappelons à ce propos quelques relevés ethnographiques de Marcel Rioux ²⁷ sur deux communautés rurales du Québec, soit Belle-Anse et l'Isle-Verte, au milieu des années 50. La maladie y constitue un domaine où l'observateur peut juger de la confiance que les habitants ont envers le surnaturel. Après quelques consultations auprès des médecins et hôpitaux, ceux-ci recourent souvent aux prêtres, car la tradition veut que la foi fasse des miracles. L'auteur relate la forte croyance dans ce milieu à l'existence d'êtres doués de pouvoirs exceptionnels qui guériraient même à distance. Les liens sont si forts entre maladies et croyances qu'un individu malade se remettra à pratiquer ses dévo-

²⁵ C. CORBEIL *et al.*, *L'intervention féministe, l'alternative des femmes au sexisme en thérapie*, Montréal, Éditions coopératives Albert St-Martin, 1983, p. 27.

²⁶ L. BOZZINI *et al.*, « Les urgences psychiatriques dans la région du Montréal Métropolitain : quelques différences entre les hommes et les femmes », *Santé mentale au Québec : vers une nouvelle pratique*, IV, 2, 1979. Toutefois, cette relation ne serait pas exacte pour tous les groupes d'âge.

²⁷ Marcel RIOUX, *Belle-Anse*, Ottawa, Musée national du Canada, bulletin 138, 1957.

tions après bien des années d'abstention, question d'apaiser le Ciel et de recouvrer ainsi la santé. La religion est considérée comme une panacée contre les maux les plus affligeants. Les rites et les croyances des ancêtres imprègnent le vécu de la maladie d'une dose de fatalisme. Il existe des maladies mystérieuses contre lesquelles le pouvoir de l'homme ordinaire, voire du médecin, ne peut rien. Comme on l'a vu dans les classes populaires, les habitants de Belle-Anse sont sceptiques devant la science médicale. Le Belle-Ansois de jadis n'aurait pas ou jamais songé à aller donner de l'argent au médecin : « D'ailleurs il n'y avait pas d'argent à Belle-Anse », écrit Marcel Rioux. Il va plutôt se tourner vers d'autres remèdes, vers les « herbages », les fioles, les recettes de la médecine populaire, « les remèdes de vieux ». Mais déjà, au milieu des années 50, les choses commençaient à changer. La mode consistait à courir chez le médecin dès qu'on avait un petit bobo, à imiter l'urbain.

Pour l'habitant de Belle-Anse, les présences sensibles, matérielles ne constituent qu'un petit domaine au regard de l'immensité de la force invisible. Dans le dialogue de ces deux mondes, l'imaginaire prend un rôle de premier plan. Cet invisible est tellement omniprésent, il est tellement investi par le désir et la spéculation humaine que l'imaginaire lui offre les traits d'une quasi-réalité. L'imaginaire téléguide le vécu de la maladie.

À l'Isle-Verte, Rioux a observé le même arrangement des choses mais avec plus de précisions encore. Pour guérir les maladies, on a recours à plusieurs agents par ordre d'importance décroissante : 1) Dieu, 2) remèdes populaires, 3) guérisseurs, 4) garde-malade, 5) médecins et hôpitaux. ²⁸

Ce n'est qu'après avoir essayé bien des recettes locales que les parents vont appeler le médecin au chevet de leur enfant, et ce, quelle que soit la gravité de la maladie. Ce qui fascine l'insulaire chez le guérisseur, c'est le peu d'instruments (petite bouteille, petite pilule, une petite patate pourrie, de la térébenthine, de l'ammoniaque, etc.) dont il se sert pour guérir les maux, contrairement aux outils sophistiqués de

²⁸ Marcel RIOUX, *Description de l'Isle-Verte*, Ottawa, Musée national du Canada, bulletin 133, 1954, p. 64.

la médecine moderne. C'est probablement la croyance du patient au pouvoir surnaturel du prêtre et du guérisseur, le pouvoir de suggestion, qui a des « vertus » thérapeutiques. ²⁹

Au fatalisme de l'homme rural - appris au contact de la terre (agriculture) et de la mer (la pêche) -, s'ajoute une idée assez précise de sélection de l'espèce qu'il observe chez les animaux (résistance des plus forts...). Le concept de maladie subit également l'influence de la religion qui commande au paysan de se résigner devant la souffrance et la mort. C'est ainsi que le Québécois rural, comme celui des classes populaires, sera très dur avec son corps. Il attendra jusqu'à la dernière minute avant de voir un médecin et restera sceptique sur ce que le médecin, un simple technicien, peut réellement apporter. Même avec des symptômes évidents, cette catégorie sociale se déclare moins souvent malade et réclame moins de traitements que les classes supérieures. ³⁰

Récemment, au Québec, Gilles Bibeau et Louise Pelletier ont mené une enquête auprès de deux catégories sociales, tout d'abord une population ouvrière habitant un vieux village délimité dans la périphérie de la ville de Québec, ensuite une population constituée de membres de professions libérales, d'employés cadres, de professeurs d'université vivant dans un quartier de classe moyenne. « Dans l'auto-évaluation de leur santé, les répondants du milieu ouvrier associent dans la presque totalité des cas des éléments physiques (capacité fonctionnelle) à

²⁹ D. FRIEDMANN, *Les guérisseurs, splendeurs et misères du don*, Paris, A.M. Métaille, 1981.

³⁰ Mentionnons à nouveau l'étude de Michel Laguerre aux États-Unis pour souligner la déclaration tardive de la maladie au réseau officiel de la médecine à cause de l'interprétation culturelle, ce qui est en parfaite conformité avec les recherches de Boltanski en France et de Rioux au Québec. Cette méfiance vis-à-vis les soins sanitaires officiels rejoint également la conclusion d'une enquête belge sur la santé des immigrés, à savoir que cette fraction de population n'est pas, dans son ensemble, surconsommatrice de soins, qu'elle n'est pas à l'origine des lourdes charges financières pour le système d'assurance public, que sa morbidité au départ est plus faible que celle des Belges et que sa pathologie d'acquisition (maladies non importées) doit être replacée dans la marginalisation socio-culturelle qui constitue son problème quotidien. Voir A. BASTENIER et F. DASSETO, *op. cit.*

des éléments psychologiques » (être bien dans sa peau), tandis que les informateurs du milieu bourgeois « s'en tiennent strictement au physique et à la présence ou non de problèmes précis ». ³¹ Par effet de contiguïté de classe sociale, la représentation de la maladie de ces derniers est conforme à l'idée des milieux médicaux sur la bonne santé et la maladie.

Comme fait majeur, il ressort aussi de cette étude une définition de la santé en termes énergétiques : toute diminution de dynamisme traduirait une détérioration de la santé et le facteur âge serait le pôle déterminant de la présence ou de l'absence d'énergie. Entre l'enfant plein de santé et le vieillard en perte d'énergie, l'adulte est considéré, chez les répondants des deux milieux, comme en baisse progressive de résistance avec un seuil critique autour de la cinquantaine. C'est pourquoi la santé est définie comme une réalité assez fragile qu'il faut préserver par différents moyens (alimentation saine, jogging, évitement de stress, etc.). Mais c'est là un phénomène bien récent qu'il faut mettre en relation avec la publicité du ministère des Affaires sociales (« Au Québec, faut se tenir en santé... »).

Ce qui est frappant, c'est la grande concordance de résultats des études sur la représentation sociale de la santé et de la maladie qui ont été effectuées sur des populations de divers pays. Les ruraux et les ouvriers de plusieurs pays perçoivent la maladie de la même manière. Il en est de même pour les gens riches. En 1953 - et ce fut à nouveau confirmé ³² par une étude de 1981 -, Métraux ³³ a observé que les Haïtiens ruraux croient que la maladie est attribuable à une origine surnaturelle (maladie du Bon Dieu) ou à une origine naturelle (maladie du terroir). La maladie peut être causée par des esprits vaudous fâchés qu'il faut calmer par des dévotions ou des festins donnés en leur honneur. La principale cause naturelle a quelque chose à voir avec le mouvement et la qualité du sang : trop chaud, trop froid, trop épais ou trop fluide.

³¹ G. BIBEAU et L. PELLETIER, op. cit., p. 18.

³² Michel S. LAGUERRE, op. cit.

³³ Alfred MÉTRAUX, « Médecine et Vaudou en Haïti », *Acta Tropica*, 10, 1953, pp. 28-68.

Marcel Rioux, qui a observé le Québec rural (Belle-Anse...) d'il y a trente ans, note avec justesse qu'il a toujours existé chez le paysan une prédilection pour les laxatifs, les lavements, question de nettoyer l'intestin et le sang des impuretés.

Gaston Dulong ³⁴, dans un de ses dix volumes sur le parler populaire au Québec, a retracé les différentes appellations régionales des maladies, tout empreintes de métaphores et de fantasmes. Suivant les régions du Québec, l'on dira d'un individu en santé « qu'il est résistant, capable comme un ours, ou un cheval, fort comme un boeuf, qu'il est bien planté, qu'il est sanguin, qu'il est vergeux ou bien que la maladie ne prend pas sur lui, qu'il annonce bien » et le contraire par : « il est branleux, blêmission, souffleteux, il attrape tout ce qui passe, il annonce la misère, il est une petite nature, il n'en mène pas large ». Il en est de même des expressions comme « décrocher une grippe, avoir la foire, avoir la tremblette ». Également « tomber dans les pommes, tomber dans les bleus, dans les prunes, tomber de son *jack*, faire la toile, partir pour la gloire, perdre la boule », pour signifier « perdre connaissance ».

À travers les paragraphes précédents, nous avons examiné comment divers facteurs (ethnie, classes sociales, sexe, milieu urbain/rural) influencent l'expression de la maladie. Nous allons maintenant brosser à grands traits l'influence de ces mêmes variables de différenciation sur la perception de la maladie mentale.

³⁴ G. DULONG, G. BERGERON, *Le parler populaire du Québec et de ses régions voisines*, (Atlas linguistique de l'Est du Canada), Éditeur officiel du Québec/Office de la langue française, vol. 8, 1980, pp. 3124-3655.

LA MALADIE MENTALE

Le groupe ethnique comme facteur de différenciation

[Retour à la table des matières](#)

Georges Devereux, ethnopsychiatre, a examiné l'expression des désordres psychiques suivant le groupe ethnique.³⁵ Chaque société a jusqu'à un certain point ses propres modèles de comportement. Certains comportements jugés « pathologiques » dans un espace culturel donné seront parfaitement acceptés ailleurs. François Laplantine, un disciple de Roger Bastide, sociologue des maladies mentales, écrit :

On ne devient pas fou comme on le désire, la culture a tout prévu. Au coeur même de l'élaboration de la névrose et de la psychose par laquelle nous tentons de lui échapper, la culture vient encore nous rejoindre pour nous dire quelle personnalité de rechange nous devons adopter.³⁶

En Inde, par exemple, écrit Roland Jaccard³⁷, certains comportements, qui n'étonnent personne, qui sont même considérés comme l'expression d'une grande sagesse, seraient jugés, d'après nos critères occidentaux, comme typiquement schizophréniques ou délirants :

Imaginer qu'un homme, tout juste vêtu d'un pagne, maigre à faire peur, le visage peinturluré de rouge et de bleu, grattant sa vermine, s'accroupisse au coin d'une mairie parisienne et reste là des heures, des jours, à grignoter quelques grains de millet, parfois chantonnant, le plus souvent immobile et muet. Si encore il mendiait, son comportement serait intelligible, mais il ne tend même pas la main. Gageons qu'il franchira vite le porche d'un hôpital psychiatrique...

³⁵ G. DEVEREUX, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970.

³⁶ F. LAPLANTINE, *L'ethnopsychiatrie*, Paris, Éditions Universitas, 1973.

³⁷ Dans : C. DELACAMPAGNE, R. MAGGIORI (sous la direction de), *Philosopher, les interrogations contemporaines*, (Matériaux pour un enseignement), Paris, Fayard, 1980, p. 174.

Cet homme, continuait Albert Béguin, je l'ai vu cent fois en Inde : les dévots s'accroupissaient autour de lui, le contemplaient longuement dans l'espoir de recevoir quelque émanation de sa sagesse.

Même dans le délire, le malade mental témoigne de son attachement à une aire culturelle donnée. Par exemple, au Québec, à la fin des années 50, le psychotique délirait sur le modèle religieux, certains se prenaient pour Jésus-Christ, la Sainte Vierge, d'autres pour saint Jean-Baptiste, d'autres encore se croyaient persécutés par l'esprit du Mal. À partir des années 70, les idées persécutives se faisaient sur le modèle des soucoupes volantes surtout, des O.V.N.I., des robots. Certains patients ont l'impression d'être contrôlés par des influx électriques de l'Hydro-Québec ou par des ordinateurs du ministère des Affaires sociales qui volent leur pensée. ³⁸

L'attitude à l'égard du malade mental peut constituer une marque d'identité d'une culture donnée. C'est cet aspect de la sociologie de la santé mentale qui sera traité dans les paragraphes qui suivent.

À l'époque de la colonisation, le Canada formait une société extrêmement tolérante envers ses malades, ses infortunés, ses handicapés mentaux. En terre inconnue, le coude à coude entre voisins aidait à se protéger ³⁹ contre les catastrophes : la maladie, le froid, les incendies et les ennemis réels et imaginaires. Ce n'était donc pas le temps de se rejeter, les malades comme les bien-portants faisant partie de la communauté. En cela, les Français en débarquant en Nouvelle-France amenèrent avec eux leurs coutumes ancestrales puisque, selon Foucault ⁴⁰, l'époque de la Renaissance et une bonne partie du XVIIe

³⁸ Et peut-être, un jour, l'on trouvera dans le délire des adultes de l'an 2000 les personnages des bandes dessinées d'aujourd'hui : Goldorak, Capitaine Flame, La Femme bionique, Robin fusée, G.I. Joe, L'incroyable Hulk, Albator, le corsaire de l'espace, Astérix le Gaulois, Passe-partout, mon ami Pichou. Peut-être des légendes comme Le petit ours gris (F. Leclerc et C. Léveillé), les quatre saisons de Picquot (G. Vigneault).

³⁹ P. DEFFONTAINES, « Le rang, type de peuplement rural du Canada français » (1953), dans : M. RIOUX et Y. MARTIN, *La société canadienne-française*, Montréal, H.M.H., 1971, pp. 19-43.

⁴⁰ Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Union générale d'éditions, Coll. 10-18, 1971.

siècle se caractérisaient par une tolérance envers toute forme de déviance.

Dans les années 50, Marcel Rioux a étudié les réactions des habitants de Belle-Anse ⁴¹ envers les maladies mentales : « Même s'ils ne se gênent pas pour rire des travers des infirmes de leur communauté, écrit-il, ils ne concéderont pas à l'étranger le droit de rire du fou du village ».

Se référant à cette même époque, d'autres auteurs comme Aird et Amyot ⁴² ont écrit que « la petite société québécoise avait développé une certaine tolérance à l'égard du malade mental : « On vivait avec le fou, un peu comme on tolère aujourd'hui le délinquant, le drogué et le pervers ».

Murphy ⁴³ a effectué une étude comparative de la prévalence de la schizophrénie dans quatorze villages de l'Est canadien chez les Canadiens français d'un côté et Anglo-Canadiens et Allemands de l'autre, ces groupes ayant le même statut socio-économique. Il a remarqué, lui aussi, une grande tolérance envers les malades chez les Canadiens français : les malades sont tolérés dans la communauté pourvu qu'ils acceptent le statut de dépendance et le *sick role*, et ce, même s'ils ne travaillent pas, même s'ils se conduisent d'une manière bizarre. Chez les anglophones, on rejette les malades qui ne travaillent pas. D'après l'auteur, cette attitude de la communauté anglo-saxonne peut contribuer à expliquer la faible prévalence de schizophrénie chez les anglophones contrairement au groupe canadien-français dont la grande tolérance a pour effet d'encourager le statut de dépendance chez le malade et une certaine complaisance dans le *sick role*.

⁴¹ Marcel RIOUX, *Belle-Anse*, op. cit., p. 50.

⁴² G. AIRD, A. AMYOT, « La psychiatrie communautaire », dans : LALONDE et GRUNBERG, *Psychiatrie clinique, approche contemporaine*, Chicoutimi, Gaétan Morin, Éd., 1980, pp. 857-875.

⁴³ H.B. MURPHY, « Community variables and the prevalence of schizophrenia », *Transcultural Psychiatric Research*, III, 1966, p. 5.

En 1970, à la suite de l'incendie de l'église de Labelle, le Centre hospitalier des Laurentides nous ⁴⁴ avait demandé d'effectuer un sondage auprès de la population locale en vue de recueillir sur le vif les réactions vis-à-vis ce geste insolite d'un malade mental. Ainsi, nous avons posé des questions comme :

- Savez-vous que l'église de Labelle est passée au feu ?
- Qui a commis ce geste ?
- Comment les gens de votre milieu ont-ils réagi devant ce fait ?
- Comment avez-vous réagi devant ce fait ?

Notre mini-enquête ressemblait à l'approche communautaire que des enquêteurs ⁴⁵ ont utilisée pour analyser les perceptions de la maladie mentale dans un village de l'Ouest canadien, Prairie Town, avant d'y envoyer des patients psychiatriques. À Prairie Town, les gens se montraient méfiants, craintifs, hostiles, agressifs à l'égard des malades, affichant même un rejet pur et simple envers tout ce qui était présence du malade mental. Par exemple, on a complètement rejeté les programmes de type communauté thérapeutique où l'on proposait aux gens une nouvelle manière de voir le malade mental. Sur le territoire de l'hôpital des Laurentides, les gens étaient moins hésitants. Ils étaient même accueillants. Cela peut s'expliquer par un sentiment de pitié. Mais il y a plus : les gens étaient habitués depuis déjà le tout début des années 60 à la présence des malades mentaux dans la communauté. Comme on nous l'a dit et répété : « Ça fait longtemps qu'on vit avec eux, y en a qui sont fins, y en a d'autres qui ne sont pas ben fins ».

Ajoutons aussi qu'il n'y a jamais eu de sortie massive de patients de type « invasion des barbares » qui aurait eu pour effet de cambrioler l'inconscient collectif de la communauté. L'hôpital a toujours su doser

⁴⁴ M. CLÉROUX, Henri DORVIL, « Avons-nous mis le feu à l'église de Labelle ? », *Conférence Adolf Meyer*, Hôpital des Laurentides, Texte inédit, 1970.

⁴⁵ John and E. CUMMINGS, *Mental Health Education in a Canadian Community*, Russel Sage Foundation, 1961.

la sortie des malades et n'a jamais prétendu que les gens devraient apprendre à vivre avec les malades mentaux. De plus, il est important de savoir que cet hôpital de plus de sept cents lits constitue le principal gagne-pain de ce bassin de population. ⁴⁶

Avons-nous mis le feu à l'église de Labelle ? Voilà la question qu'il faut se poser, c'est-à-dire n'y avait-il pas dans l'inconscient collectif du Québec un désir que quelqu'un brûle une église, du moins symboliquement ? En présence du patient, des personnes de la communauté répétaient assez souvent que l'église est trop coûteuse à chauffer, qu'il n'y a pas assez de monde à la messe, que les gens sont moins religieux qu'autrefois ou bien que l'église doit adopter une forme architecturale plus sobre, semblable à un centre communautaire, enfin, qu'on accorde beaucoup trop d'importance aux quatre murs de brique comparativement à l'esprit de chrétienté qui doit être plus profond. Ce discours étant très prégnant dans le Québec de la fin des années 60, on peut se demander si le patient moins inhibé pour passer à l'acte n'aurait pas été l'interprète des sentiments collectifs de la communauté. Autrement dit, il aurait exprimé en geste ce que les autres pensaient tout bas ... D'ailleurs, cinq mois après, un autre patient mettait le feu à l'église du village voisin... Mais les habitants du coin reconnaissaient toutefois que les « normaux » font largement leur part dans le nombre d'incendies régionaux.

De plus, qu'on se souvienne de l'accueil chaleureux que la presse, la radio, le public en général avaient réservé au cri d'alarme d'un ex-patient psychiatrique ⁴⁷ sur le scandale intolérable des prétendus hôpitaux psychiatriques en 1961.

⁴⁶ Henri DORVIL, *Autour d'un hôpital psychiatrique du Québec : la représentation sociale de la maladie mentale*. Thèse de sociologie en préparation, 1982.

⁴⁷ J.C. PAGE, *Les fous crient au secours*, Montréal, Les Éditions du Jour, 1961.

Voir aussi « Vingt ans après, Dominique Bédard raconte... », *Carrefour des Affaires sociales*, 3, 1er janvier 1981, p. 31, où l'on parle précisément des journaux qui ont fait longuement écho au livre de Pagé qui créa un véritable émoi dans la population.

Au compte de cette exceptionnelle tolérance, l'on peut rappeler les nombreux témoignages ⁴⁸ que poètes, amis, écoliers, écrivains et une partie appréciable de la population montréalaise prodiguèrent à Émile Nelligan pendant sa retraite à Saint-Benoît et à Saint-Jean-de-Dieu. Tout le temps que dura la solitude de son rêve intérieur, soit quarante ans, l'auteur de la « Romance du vin » a pu compter sur cette fidélité. Peut-on parler pour autant d'une attitude générale de la population ?

Le milieu rural/urbain comme facteur de différenciation

[Retour à la table des matières](#)

En dépit de cette tolérance, les Canadiens français tracent une frontière précise entre le normal et l'anormal.

Des sanctions existent pour quiconque transgresse la norme. De plus, après sa cure hospitalière, avant d'être autorisé à regagner sa communauté d'origine, le malade mental est soumis à un processus dit de « normalisation ». ⁴⁹

L'étude de Lyne Langlois ⁵⁰ souligne que tous les membres d'une communauté semi-rurale ne réagissent pas de la même manière à la présence des malades mentaux. La moitié seulement des vingt-deux

⁴⁸ L. LACOURCIÈRE, *Émile Nelligan, poésies complètes*, 1876-1899, Montréal, Fides, 1952.

⁴⁹ W. WOLFENBERGER *et al.*, *The Principle of Normalisation in Human Services*, National Institute of Mental Retardation, York University Campus, Downsview Ontario (Traduction du Service des ressources extérieures, Ministère des Affaires sociales, Québec, 1972). La normalisation est « l'utilisation de moyens qui, culturellement, sont aussi normatifs que possible afin de pouvoir établir et/ou maintenir des caractéristiques et des comportements personnels qui, culturellement, soient aussi normatifs que possible ».

⁵⁰ L. LANGLOIS, *Attitudes envers des malades mentaux qui vivent hors de l'hôpital psychiatrique*, Projet de recherche R.S. 150, Ministère des Affaires sociales, Québec, 1975.

logeuses, c'est-à-dire les responsables de foyers, les acceptent et les considèrent des leurs.

Dernièrement, Melanson-Ouellette ⁵¹ a montré que près de 80% de la population du Québec est pour le maintien de l'asile. De cette même étude, il ressort que « plus le degré d'intimité exigé avec le malade est grand, plus la population se montre réticente ».

Traditionnellement, le milieu rural ainsi que certains quartiers urbains de classe moyenne inférieure où la vie communautaire est à l'honneur ⁵² se montrent tolérants envers le malade mental alors que les quartiers bourgeois individualistes ⁵³ sont plus réticents. Ces dernières années, plusieurs conseils de ville, sous la pression des plaintes des habitants des quartiers résidentiels, ont traîné en cour des propriétaires de familles d'accueil qui hébergeaient des ex-patients psychiatriques. ⁵⁴ Maud Mannoni souligne justement : ⁵⁵

Plus la société est industrialisée, plus on vit dans les villes, plus on vit dans un état de solitude radicale et avec des gens qui sont d'une intolérance tout à fait radicale... Il est très intéressant de voir que toute une catégorie de gens rejetés dans les villes peut trouver une possibilité d'être accueillie dans des lieux assez pauvres, dans des villages.

Mais faut-il pour autant que la prise en charge « externe » des malades mentaux devienne uniquement l'affaire des milieux ruraux ou des quartiers populaires ? Ne serait-ce pas là accroître davantage les

⁵¹ A. MELANSON-OUELLET, *Étude sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec*, E.E. 053-80, Ministère des Affaires sociales, Québec, 1980.

⁵² Par exemple, Rosemont, Saint-Michel, Hochelaga-Maisonneuve, paroisse Notre-Dame-des-Victoires à l'est de Montréal.

⁵³ Outremont, Notre-Dame-de-Grâce, Ville Mont-Royal à l'ouest.

⁵⁴ Cour municipale, Jugement, Cité de la Pointe-aux-Trembles, 7 juillet 1976.

⁵⁵ M. MANNONI, dans : J. ADOU, *Les raisons de la folie*, Paris, Flammarion, 1979, p. 212. Voir aussi, sur le thème de la tolérance, l'étude magistrale de l'équipe du professeur Roosens sur Gheel en Belgique où, depuis le Moyen Age, des familles nourricières hébergent des malades mentaux et leur offrent l'occasion de vivre au milieu des normaux : Eugeen ROOSENS, *Des fous dans la ville ? Gheel et sa thérapie séculaire*, Paris, P.U.F., 1979.

inégalités sociales ? ⁵⁶ En tout cas, notre enquête actuelle indique que la tolérance n'est pas une « vertu » de tous les milieux ruraux. Les malades mentaux sont acceptés en fonction de facteurs précis (durée du temps de séjour, nombre et qualité des fréquentations, apport économique de leur présence, etc.). La langue populaire reprend la différenciation urbaine/rurale. En ville, on n'étiquette pas le malade mental de la même manière qu'en milieu rural.

Le domaine linguistique est émaillé de balises normatives, incitations à faire ou non certains actes qui renvoient à l'anormalité. La nosophologie populaire de Dulong ⁵⁷ exprime à travers des expressions imagées les valeurs, les attitudes de la population. Chaque pays, chaque région a son langage pour dire les mêmes choses. Pour désigner le fou, la maladie mentale, les expressions sont nombreuses un peu partout au Québec : viré fou, fou braque, fou renfermé, fou dangereux, fou à attacher, fou à amener à l'asile ; c'est un mental, il est troublé, chaviré, chaloupé, déboussolé, perdu. Il a perdu la boule, il a perdu la carte, il est complètement brûlé, il est mûr pour Saint-Jean-de-Dieu.

Depuis l'avènement du Centre hospitalier des Laurentides, il se développe dans le milieu une appellation typiquement régionale de la folle. ⁵⁸ Ici, dans le coin, on dira qu'il est capoté, qu'il est tombé sur la tête, qu'il a perdu le nord, qu'il fait partie de la « gang », que c'est un fou pour L'Annonciation, qu'il va se ramasser à la grosse bâtisse ou bien qu'il est mûr pour en haut... D'un débile mental soumis, bien adapté à la culture hospitalière, l'infirmière dira : « Il est fin, mais il n'est pas fin, fin... ». Expressions nuancées, chargées de normes, d'affects, de fantasmes qui non seulement reflètent une attitude profonde de la communauté, mais catégorisent les trois principaux types de ma-

⁵⁶ Question d'une brûlante actualité. Tout d'abord, le prix d'une journée institutionnelle étant très élevé (280\$ comparativement à 13,19\$ pour une famille d'accueil), les autorités médico-psychiatriques refoulent le malade mental dans la société dès les premiers signes de rémission de sa maladie. Ensuite, la société table sur la traditionnelle tolérance du pauvre (« il faut prendre les gens comme ils sont, chacun a le droit de vivre ») pour trop lui demander et finit par en abuser. Voir R. HOGGART, *La culture du pauvre*, Paris, Éditions de Minuit, 1970.

⁵⁷ G. DULONG et G. BERGERON, *op. cit.*

⁵⁸ H. DORVIL, *op. cit.*

l'adjectif mental, « fou tranquille, fou dangereux, débile », retenus par la science populaire et dictent les conduites à adopter vis-à-vis chacun d'eux. Normer, c'est normer, comme le dit Canguilhem :

Une norme, une règle, c'est ce qui sert à faire droit, à dresser, à redresser ; normer, normaliser, c'est imposer une exigence à une existence, à un donné dont la variété, le disparate s'offrent au regard de l'exigence comme un indéterminé, hostile plus encore qu'étranger...

Une norme se propose comme un modèle possible d'unification d'un divers, de résorption d'une différence, de règlement d'un différend. ⁵⁹

Les classes sociales comme facteur de différenciation

[Retour à la table des matières](#)

L'étude de Hollingshead et Redlich est ici un classique. Selon cette recherche ⁶⁰ menée aux États-Unis, non seulement il existe un rapport entre la classe sociale et le type d'affections mentales dont souffrent les gens, mais le traitement est aussi déterminé par l'appartenance à une classe. La prévalence et l'incidence des maladies mentales vont croissant de la classe supérieure à la classe inférieure. Le type de morbidité change : plus de névroses dans les classes supérieures, plus de psychoses dans les classes inférieures. Il est à noter, par exemple, dans le cas de la prévalence de la schizophrénie et des psychoses en général que cette prévalence s'avère de huit à neuf fois plus élevée pour la classe V (ouvriers non qualifiés) que pour les classes I et II (familles riches et classes moyennes). De plus, le psychiatre ne porte pas le même diagnostic selon la classe sociale à laquelle appartient le malade : par exemple, il pose des diagnostics plus sévères pour les pauvres.

⁵⁹ G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris, P.U.F., 1966.

⁶⁰ A.B. HOLLINGSHEAD and J.C. REDLICH, *Social Class and Mental Illness*, New York, John Wiley & Sons, 1958.

Les deux auteurs soutiennent aussi que les personnes de classe aisée viennent en traitement sur conseil d'amis ou de proches parents alors que les gens pauvres viennent souvent en traitement accompagnés par la police ou sur référence des agences sociales.

Si l'on considère l'étude de Manhattan ⁶¹, incluant les patients traités par des non-médecins comme les psychologues, les gens des classes élevées consultent davantage en cabinet privé alors que les ressortissants des classes défavorisées s'adressent aux institutions publiques qui tiennent des statistiques plus rigoureuses.

Toutefois, les membres des familles riches ont tendance à venir « cuver » leur psychose au niveau des démunis, ce qui peut faire grimper le taux de schizophrénie dans les classes inférieures. Il faut interpréter le sens de ce déclassement social. Sont-ils rejetés de leur classe d'origine qui veut à tout prix préserver son image de prestige ou est-ce une stratégie du malade qui fuit les performances élevées de sa condition sociale pour se rabattre sur des milieux délabrés, certes, mais plus tolérants ?

De plus, il faut rappeler que depuis 1939, Faris et Dunham ⁶² ont établi que le taux d'hospitalisation est plus élevé chez les individus de la classe défavorisée que parmi les ressortissants de la classe moyenne ou aisée.

Pour ce qui est de la mobilité sociale qui génère de l'anxiété, la recherche signée par Myers et Roberts ⁶³ présente des différences signi-

⁶¹ L. SROLE *et al.*, *Mental Health in the Metropolis*, The Midtown Manhattan Study, New York, McGraw-Hill, 2 vol., 1962-1963. Voir aussi de D.C. LEIGHTON *et al.*, les études sur le comté de Stirling, New York, (Basic Books, 1959, 1963, 3 vol.).

⁶² Voir R.E.L. FARIS and H.W. DUNHAM, *Mental Disorders in Urban Areas*, Chicago, 1939, University of Chicago Press, cité par J.A. CLAUSEN ; « Mental disorder », dans : H.E. FREEMAN, S. LEVINE, L.G. REEDER, *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliffs, New Jersey, PrenticeHall, Third Edition, pp. 97-112.

⁶³ J.K. MYERS and B.H. ROBERTS, *Family and Class Dynamics in Mental Illness*, New York, John Wiley & Sons, 1959. En prolongement de l'étude de New Haven par Hollingshead.

ficatives selon la classe sociale pour 1) les relations intra-familiales, 2) l'acquisition du rôle sexuel, 3) les pressions sociales subies, 4) les attitudes envers la maladie mentale, 5) le cheminement thérapeutique et la symptomatologie. Les auteurs ont trouvé une plus grande association de la maladie mentale à la mobilité sociale pour la classe III (celle des petits propriétaires, d'ouvriers qualifiés) que pour la classe V (celle des ouvriers non qualifiés, des gagne-petit) et davantage pour la psychose (schizophrénie) que pour la psycho-névrose. L'on comprendra aisément que la mobilité sociale prend tout son sens en tant que facteur pathogène au niveau des pressions subies par certaines catégories sociales (la classe III surtout mais aussi la V) et de leurs réactions devant ces pressions. Ce sont les conflits au niveau du rôle attendu (décalage entre état actuel et aspiration), la dévalorisation qui intensifient le stress de la mobilité dans les sociétés à forte compétition.

Existe-t-il pour autant une quelconque relation entre la guérison de la schizophrénie et un abaissement de l'ambition sociale ? Évidemment non. Mais l'hypothèse maintes fois démontrée de l'inégalité sociale des femmes, des hommes face à la maladie et à la mort joue à plein dans le domaine de la maladie mentale, avant le déclenchement de la « maladie » et après. Comme une fatalité, il existe encore une sur-représentation des membres de la classe défavorisée chez les malades mentaux.

La rigidité du système de classes, les obstacles croissants rencontrés par la volonté d'ascension, en plus de la position sociale de départ, seraient le véritable facteur d'explication du plus grand nombre de pathologies dans les strates inférieures.

Mentionnons aussi l'étude d'une femme médecin, Jeanne Philippe, qui a vérifié à nouveau l'hypothèse d'Hollingshead et Redlich. Cette étude a prouvé une fois de plus que les névroses sont plus fréquentes dans les classes élevées et les psychoses plus fréquentes dans la classe pauvre et paysanne. La chercheuse souligne fort à propos le mot de Devereux ⁶⁴, à savoir : « Il y a des défenses qu'on dénie systématiquement aux classes défavorisées ». Or, la névrose est étroitement as-

⁶⁴ G. DEVEREUX, op. cit., p. 8.

sociée à des mécanismes de défense très complexes plus proches du style de vie, de l'éducation de la classe aisée. D'ailleurs, Bastide, à la suite de différentes études sur ce thème, n'a-t-il pas conclu que la névrose est une maladie de luxe ?

Hormis le fait que les riches amènent souvent leurs malades à l'étranger pour être soignés, question de garder immaculé leur prestige de classe, les malades mentaux des strates supérieures sont conduits plus tôt en traitement que ceux des couches défavorisées. En Haïti, comme partout ailleurs dans le monde, la classe pauvre est plus accoutumée à la gêne, à la misère, à l'angoisse, elle consulte donc le médecin plus tardivement que la classe supérieure. C'est pourquoi, ajoute la chercheuse, quand elle le fait, sa maladie est déjà grave et ses troubles mentaux se sont déjà transformés en troubles psychiques. Une fois réhabilité, le malade pauvre réintègre sa famille et peut compter sur sa bienveillance. Contrairement au malade de la classe aisée, il n'est pas la honte familiale. La bourgeoisie haïtienne croit que la maladie mentale est héréditaire et considère le malade mental comme le « taré » de la famille : ⁶⁵

Les bourgeois en ont honte et ne veulent pas que les autres personnes se rendent compte qu'il y a un fou dans la famille : ceci empêcherait les jeunes de se marier. C'est pourquoi les psychotiques chroniques de cette classe sociale sont enfermés dans une petite pièce au fond de la cour ou, si la maison est grande, dans une pièce éloignée du salon. Quand un ami ou un voisin demande des nouvelles de ce membre de la famille qu'on ne voit plus, on lui répond qu'il fait des études ou qu'il travaille à l'étranger.

L'on peut ajouter, par ailleurs, qu'au niveau de la maladie mentale, la race s'avère un facteur de différenciation important lorsqu'elle est associée à un niveau socio-économique peu élevé.

Une recherche effectuée pour le compte du ministère des Affaires sociales par des chercheurs de l'Université de Montréal et parue en

⁶⁵ J. PHILIPPE, *Classes sociales et maladies mentales en Haïti*, Presses nationales, Port-au-Prince, 1975.

septembre 80 ⁶⁶ révèle une sur-représentation des individus économiquement inactifs parmi les bénéficiaires de l'urgence psychiatrique. La population inactive (assistés sociaux, chômeurs...) est nettement sur-représentée (52,2%) comparativement au pourcentage de gens économiquement inactifs (44,0%) dans la population générale ($P < 0,001$) du Montréal Métropolitain.

Récemment, la Centrale de l'enseignement du Québec ⁶⁷ s'est basée sur des statistiques en provenance des États-Unis ⁶⁸ pour souligner l'effet négatif du chômage sur la santé physique et mentale. Selon cette récente enquête menée par le docteur Harvey Brenner à la demande du Congrès américain, ces effets frappent particulièrement les personnes qui perdent leur emploi ainsi que les membres de leur famille :

Lorsque le taux de chômage s'élève de 1%, les admissions dans les hôpitaux psychiatriques augmentent de 4,3% chez les hommes et de 2,3% chez les femmes, les suicides montent de 4,1%, les meurtres de 5,8% et la population carcérale s'accroît de 4%. Sur une période de six ans, les maladies cardiaques ou reliées au stress terrassent 1,9% de la population de plus qu'en temps normal. La hausse de 1,4% du chômage pendant la récession de 1970 aux États-Unis a ainsi causé, entre 1970 et 1975, cinquante et un mille cinq cent soixante-dix (51 570) pertes de vie.

D'autres auteurs ⁶⁹, cependant, contestent cette relation entre le chômage et la maladie mentale. Catalano et Dooley soutiennent que la relation entre problème économique et hospitalisation s'avère plus complexe qu'une simple explication de cause à effet, les événements traumatisants pouvant être médiatisés, par des biais individuels, un ego très fort ou des variables comme l'âge, le milieu urbain/rural, etc.

⁶⁶ L. BOZZINI *et al.*, *Les urgences psychiatriques dans la région du Montréal Métropolitain, analyse descriptive*, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1980.

⁶⁷ Centrale de l'enseignement du Québec, *Nouvelles C.E.Q.*, 3, 5, 23 novembre 1982, p. 8.

⁶⁸ M. H. BRENNER, *Mental Illness and the Economy*, Harvard University Press, 1973.

⁶⁹ R.A. CATALANO and C. David DOOLEY, « Economic predictors of depressed mood and stressfull life events », *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 3, 1977.

Contrairement à ce à quoi on pourrait s'attendre, des périodes de croissance économique et de plein emploi peuvent être associées à des augmentations d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques chez certains groupes. Par exemple, chez les travailleurs de niveau primaire et les travailleuses de niveau *high school*, il existe une nette relation entre les admissions psychiatriques et l'indice d'emploi dans les manufactures. Quant au diagnostic de sénilité dans cette catégorie d'emplois, le rapport « taux d'admission / indice d'emploi » s'avère fortement positif pour tous les échelons de scolarité et ce pour les deux sexes. Ce qui tend à confirmer que de mauvaises conditions de travail comme celles qui prévalent dans le secteur manufacturier peuvent être aussi néfastes pour la santé mentale que le chômage.

Au Québec, les cadres d'entreprise stressés, l'élite en général vont se reposer dans les Laurentides ou prennent l'avion du Sud alors que l'ouvrier en butte au stress va « toffer » son ouvrage jusqu'à ce qu'il pète. Comme le disait Laplantine, les coussins amortisseurs des tensions anxiogènes sont inégalement répartis dans nos sociétés.⁷⁰ Si la maladie est déclarée, le trajet sera aussi différent. Le bourgeois canadien-français ira se remettre de sa dépression à l'Institut Albert-Prévost, le Canadien anglais au Allan Memorial Institute ou encore les deux iront cacher leur « faiblesse psychologique » dans les cliniques privées de Floride ou de Californie. Quant aux assistés sociaux de ces deux ethnies, ils prendront le chemin de l'asile, le Centre hospitalier Louis-Hippolyte Lafontaine, dérisoirement surnommé « l'université de l'Est » pour l'un, le Centre hospitalier Douglas pour l'autre, et ce, à la risée du quartier et des copains de travail.⁷¹

⁷⁰ F. LAPLANTINE, op. cit.

⁷¹ Selon les chiffres (mai 83) du département de la comptabilité du C.H. Louis-H. Lafontaine, 59,5% parmi les hospitalisés de 90 jours et plus sont assistés sociaux, et ce, en excluant celles et ceux qui reçoivent leur pension de vieillesse. Par ailleurs, il existe au « court terme » un psychiatre pour 3,9 patients à l'Institut Albert-Prévost, un psychiatre pour 12,3 patients au C.H. Louis-H.-Lafontaine. Du côté anglophone, 17 psychiatres pour 66 hospitalisés au « court terme » au Allan Memorial Institute et 17 psychiatres pour 269 malades de même catégorie au Douglas.

C'est au « long terme » que la disproportion psychiatre/hospitalisé s'avère la plus criante surtout au C.H. Louis-H.-Lafontaine (13 psychiatres pour 1 907

Cette relation « classe sociale / maladie mentale » est importante parce que ce sont les conditions socio-économiques qui sont pour beaucoup dans la décision de mettre en asile. Objet de rejet familial, sans résidence, le malade mental pauvre n'a rien, n'est rien. Il en découle dans ce contexte que l'institution en arrive à représenter tout pour lui. Et c'est là le point de rupture, de non-retour, de rechutes successives, d'hospitalisations à très long terme.

patients) et au C.H. Douglas (18 pour 561). À Prévost, 15 psychiatres environ pour 44 patients et au Allan, près de 20 psychiatres pour 10 hospitalisés.

Il y a 2 524 patients traités à l'externe au C.H. Douglas, entre 3 800 et 4 000 à Louis-H.-Lafontaine, entre 800 et 1 000 au Allan, entre 4 000 et 6 000 à Prévost. Les visites y sont irrégulières, la relation médecin/malade se réduit assez souvent à un renouvellement de prescriptions médicamenteuses. Quant au travail psychothérapeutique, il est largement partagé entre psychiatres de court terme, infirmières visiteuses, travailleuses sociales et psychologues. Il existe une forte tendance de la classe aisée à se rapporter tôt en clinique externe ou en bureau privé.

À titre d'indication, ces chiffres ont été compilés au cours de février 1983 sur la *population adulte* (18 ans et plus) à même les données fournies par les secrétariats des chefs de département de psychiatrie des quatre institutions exclusivement psychiatriques, le docteur Morrissette (C.H. Louis-H.Lafontaine), le docteur Leblanc (Institut Albert-Prévost), le docteur Robertson (Allan Memorial Institute) et pour le Douglas Hospital (secrétariat du docteur Cahn et archives). Ces chiffres excluent les patients hospitalisés dans les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux et les cas médico-légaux de l'Institut Pinel. Ces chiffres concernent le territoire couvert par le Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal Métropolitain (île de Montréal, île Jésus, île Bizard et île des Soeurs), soit une population de 2 032 373 habitants (rapport annuel, 1981-1982). La proportion des lits de soins psychiatriques de courte durée est de 0,6 par 1 000 habitants. Le nombre de psychiatres est calculé sur la base de plein temps. Suivant le degré de chronicité liée à l'institution, le moyen terme est comptabilisé avec le court terme ou le long terme. L'urgence/observation est comprise dans le court terme. Suivant le CRSSS, la répartition linguistique dans le grand Montréal est la suivante : francophones (62,68%), anglophones (20,79%), autres (16,53%).

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

Nous voilà rendu à la fin de l'étude de toute une série de variables (ethnie, classes sociales, sexe, etc.) qui différencient l'expression et le vécu de la maladie aussi bien physique que mentale. Ces différents facteurs ont une influence déterminante sur les représentations de la maladie. Ces représentations sont médiatisées par des groupes d'appartenance que la littérature psycho-sociologique ⁷² appelle *in-groups*. Ces groupes poussent l'individu vers telle perception de la maladie, telle sélection de symptômes, tel choix de médicaments et de traitement, telle attitude envers le malade. Certains individus vont reproduire la conduite de malade prônée par leur groupe alors que d'autres vont adopter celle du groupe dominant valorisé, le *reference group*. Toutefois, le poids des différents facteurs (ethnie, classes sociales, etc.) ne se mesure guère à l'aune de leur exclusivité mais à celle de leur chevauchement, de leur interaction. L'on se souviendra de l'affirmation de Zola et Mechanic suivant laquelle les variations de comportement à l'intérieur d'un même groupe ethnique s'avèrent généralement plus importantes que les variations d'un groupe à l'autre. Ensuite, dans la recherche américaine de New Haven citée plus haut, Hollingshead et Redlich ne trouvent aucune corrélation entre les classes sociales et les troubles mentaux aussi bien pour les femmes que pour les hommes dans la courbe d'âge des 15-24 ans. Alors, quel en est le facteur explicatif ? L'âge, le sexe ? Il en est de même du lien entre la désorganisation familiale et les désordres psychiques individuels établi par cette même étude. Et si l'on tient compte du fait que les enfants sont éduqués selon les classes sociales, les ethnies, les régions urbaines ou rurales, on se trouve en pleine escalade de facteurs explicatifs qui se condensent en un écheveau difficilement déchiffrable.

⁷² Jean MAISONNEUVE, *Introduction à la psychologie*, Paris, P.U.F., Coll. SUP, 1975, pp. 150-163.

Le cas de la variable « ethnie » s'avère plus flagrant encore parce qu'elle est plus globalisante, qu'elle renferme à elle seule toutes les autres variables (classes sociales, âge, sexe, milieu rural/urbain, scolarité, religion, etc.). Jusqu'à présent, les recherches bibliographiques ne permettent pas de soutenir l'hypothèse de l'influence déterminante de la variable « ethnie », par exemple, dans le comportement du public à l'égard des psychiatisés. D'autres études menées à l'aide de variables plus petites (milieu urbain/rural, profil de quartier, etc.) conduisent à des analyses plus fines. ⁷³

Murphy a déjà parlé d'une grande tolérance des Canadiens français à l'égard du malade mental contrairement aux Anglo-Canadiens. Or, deux études plus récentes, signalées plus haut, une de Lyne Langlois ⁷⁴, en milieu semi-rural, l'autre à caractère national ⁷⁵ ne retracent guère cette grande tolérance. D'ailleurs, Murphy lui-même dans sa dernière étude sur le sujet ⁷⁶ semble tamiser ses positions du début :

Les francophones se montrent plus réticents que les anglophones à considérer certaines conduites comme déviantes ; cependant, une fois ce pas franchi, les étiquettes employées par le premier groupe tendent à être plus péjoratives.

Il faut chercher d'autres types d'explications. Dans les débuts de la colonisation, la communauté canadienne-française était tolérante vis-à-vis ses déviants pour les raisons d'ordre historique évoquées plus haut. Mais à mesure que cette même société s'est différenciée, à me-

⁷³ Voir, par exemple, S.P. SEGAL *et al.*, « Neighborhood types and community reaction to the mentally ill : a paradox of intensity », *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 1980, pp. 345-359, où les chercheurs ont découvert que le quartier libéral (sens étasunien), non traditionnel, semble être l'environnement le plus tolérant à l'égard du malade mental ; ou bien : C.J. SMITH, « Hospital proximity and public acceptance of the mentally ill » *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 3, 1981, où l'auteur a étudié l'influence de la proximité d'un hôpital psychiatrique sur l'attitude de la communauté vis-à-vis du malade mental.

⁷⁴ L. LANGLOIS, *op. cit.*

⁷⁵ A. MELANSON-OUELLET, *op. cit.*

⁷⁶ H.B.M. MURPHY, « Difference between the mental disorders of French Canadians and British Canadians », *Canadian Psychiatric Association Journal*, 79, 1974, pp. 247-257.

sure qu'elle a été traversée par des normes élevées de compétition, l'attitude a changé, la norme bourgeoise de la distance sociale, de la distinction, de la susceptibilité à l'égard de l'odeur d'autrui s'est affirmée.

N'oublions pas qu'en France aussi, la période de la Renaissance, une bonne partie du XVIIe siècle se signalaient par une grande convivialité envers les fous. Et depuis, les choses ont changé, probablement avec l'industrialisation et l'urbanisation. Ici aussi. Donc, en aucun cas, il ne peut être question d'une attitude uniforme de l'ethnie canadienne-française à l'égard du malade mental.

Alors, l'ethnie serait-elle devenue avec le temps un concept sociologiquement vide ? Déjà en 1966, Luc Boltanski écrivait ceci : ⁷⁷

Le discours sur le caractère national paraît particulièrement futile lorsqu'il s'applique à des sociétés différenciées et stratifiées. L'entrée de l'ensemble des pays de l'Europe occidentale dans la société industrielle n'a-t-elle pas eu pour conséquence d'estomper les différences entre nations et de développer, à l'intérieur de chaque nation, les différences entre groupes sociaux et classes sociales ?

C'est pourquoi de plus en plus de chercheurs utilisent des variables plus petites (sexe, âge, milieu urbain/rural) et particulièrement les classes sociales pour étudier différents groupes sociaux d'une même culture.

Un exemple récent vient d'être tracé par l'historien Alain Corbin qui, tout en étudiant principalement la culture française, a su tracer la différenciation sociale dans son histoire de l'odorat et des mentalités. ⁷⁸ La domestication, la privatisation des odeurs a commencé par le palier supérieur de l'échelle sociale, de ceux qui avaient à cette époque les moyens financiers, le temps de se laver, de se parfumer... et aussi les connaissances, la crasse n'étant plus conçue comme la meilleure protection contre les infections avec la découverte de la respira-

⁷⁷ L. BOLTANSKI, *Le bonheur suisse*, Paris, Éditions de Minuit, 1966, p. 16.

⁷⁸ A. CORBIN, *Le miasme et la jonquille ; l'odorat et l'imaginaire social (XVIIIe-XIXe siècles)*, Paris, Aubier, 1982.

tion cutanée. Durant longtemps, le clivage entre bourgeois et prolétaire s'est trouvé marqué une fois de plus par les « bonnes » odeurs de l'un et les « mauvaises » odeurs de l'autre. Et malgré ce changement de moeurs et les représentations sociales du corps qui l'accompagnent, une trace olfactive demeure au niveau sémantique : on dit d'une personne qu'on déteste : « Je ne peux pas la sentir... ».

Conjugué à l'oeil qui marque le seuil critique de la visibilité, l'odorat, sens de la répulsion sociale, sens des affinités, revêt une importance capitale pour cet aspect de la sociologie de la santé mentale : l'attitude du public envers le malade mental.

Not on our street, ⁷⁹ telle est aujourd'hui l'expression-clé de l'intolérance à l'égard du malade mental, qui divise la population en deux camps, d'une part, ceux qui sont pour l'intégration du malade mental à la société par humanisme et/ou par esprit du gain (i.e. ceux qui vivent de la stigmatisation) et, d'autre part, ceux qui craignent que la présence du malade mental dans leur entourage ne fasse baisser la valeur de leur propriété immobilière ou en ont peur tout simplement (imprévisibilité et dangerosité appréhendées). L'on peut baptiser cette ambivalence de la population du syndrome NOOS, à l'instar du syndrome de NIMBY (*not-in-my backyard*) en sociologie de l'environnement ⁸⁰ qui départage ceux qui sont pour l'installation dans leur quartier d'usines de produits toxiques ou de centrales nucléaires en disant : « Amenez-en des projets, on veut des jobs », de ceux qui disent : « *Nimby*, pas dans ma cour », au nom de la qualité de la vie.

Une lueur d'espoir existe cependant. Des chercheurs, des professionnels de la santé mettent sur pied des programmes visant à aider parents, amis, professeurs et employeurs à vivre, à travailler avec le

⁷⁹ M.J. DEAR, S.M. TAYLOR, *Not on our Street : Community Attitudes to Mental Health Care*, London, Pion, 1982. Recherche effectuée par deux professeurs de géographie de l'Université McMaster, Hamilton, Ontario.

⁸⁰ *The Not-in-my-Backyard Syndrome*, A Two-Day Symposium on Public Involvement in Sitting Waste Management Facilities, Faculty of Environmental Studies, York University, May, 13-14, 1983. Voir aussi tout le courant du *Social Impact Assessment* en sociologie de l'environnement.

schizophrène.⁸¹ Ce qui contribue efficacement au contrôle de la maladie, à l'amélioration de la qualité de vie de tous les individus concernés.

Fin du texte

⁸¹ M.V. SEEMAN *et al.*, *Living and Working with Schizophrenia* (Information and support for patients and their families, friends, employers and teachers), Toronto, Buffalo, London, University of Toronto Press, 1983. Ce livre a été traduit au Québec par Yves Lamontagne et Alain Lesage, psychiatres du Centre de recherche psychiatrique de l'hôpital Louis-H. Lafontaine et publié aux éditions Edisem, St-Hyacinthe et Maloine S.A., Paris, 1983.